

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher	<input type="checkbox"/> beantragt
Anfrage für	<input type="checkbox"/> stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> anschließende stationäre Pflege erforderlich Gewünschtes Aufnahmedatum:	

Alle Diagnosen / aktueller Medikamentenplan (ggf. gesonderter Ausdruck als Anlage)		
<input type="checkbox"/> palliative Situation	<input type="checkbox"/> SAPV eingeleitet	
Liegt eine aktive Suchterkrankung vor?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		
Größe:	cm	Gewicht: kg
Liegen (geronto-)psychiatrische Erkrankungen vor? Wenn ja, welche:		
<input type="checkbox"/> Selbst- / <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> verbal / körperlich aggressiv	<input type="checkbox"/> Hinlauftendenz
Eingeschränkte Orientierung <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> situativ	<input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe	
<input type="checkbox"/> beschützende Unterbringung, <input type="checkbox"/> freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich		
<input type="checkbox"/> beantragt, am	<input type="checkbox"/> genehmigt	welche:
Liegen Infektionserkrankungen vor? Wenn ja, welche		
<input type="checkbox"/> Isolation erforderlich		

Mobilität		selbständig	hilfsbedürftig
Gehen		<input type="checkbox"/> Ebene / <input type="checkbox"/> Treppen	<input type="checkbox"/> Ebene / <input type="checkbox"/> Treppen
Stehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen		<input type="checkbox"/> Stuhl / <input type="checkbox"/> Bettkante	<input type="checkbox"/> Stuhl / <input type="checkbox"/> Bettkante
Transfer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagewechsel im Bett		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Umlagerung / <input type="checkbox"/> bettlägrig
Risikobereiche	<input type="checkbox"/> Sturzrisiko <input type="checkbox"/> Dekubitusrisiko <input type="checkbox"/> Kontrakturnisiko		
Hilfsmittel	Vorhanden: Beantragt:		

Körperpflege	selbständig	hilfsbedürftig
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper
Waschen	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper	<input type="checkbox"/> Ober- / <input type="checkbox"/> Unterkörper
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege / Rasur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ernährung	selbständig	hilfsbedürftig
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikobereiche	<input type="checkbox"/> Mangelernährung <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsdefizit <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Magensonde andere:	

Ausscheidung	selbständig	hilfsbedürftig
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikobereiche	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Obstipation	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Zystofix <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> sonst.:	

Kommunikation	
Sprache	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> mögl. Sprachen: <input type="checkbox"/> Aphasie
sehen	<input type="checkbox"/> Blindheit
hören	<input type="checkbox"/> Taubheit

Sonstige Auffälligkeiten	
<input type="checkbox"/> Wunden	Lokalisation:
<input type="checkbox"/> Schmerzen	Lokalisation:
<input type="checkbox"/> Atmung	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe erforderlich Lieferfirma: <input type="checkbox"/> Tracheostoma
<input type="checkbox"/> Allergien	welche:

Weitere Anmerkungen
Kontaktdaten für Rückfragen:

Datum, Unterschrift Arzt / Pflege